

ной железы с диссекцией центральной клетчатки шеи.

При проведении планового гистологического исследования метастазы в центральной клетчатке выявлены у 21 (52,5 %) больного, у 19 (47,5 %) – не обнаружены. В зависимости от гистологического строения опухоли выявлена следующая закономерность в частоте регионарного метастазирования: при папиллярном раке в 72,4 % подтверждены регионарные метастазы (21 случай из 29). Метастазы фолликулярного рака

кодифференцированным РЩЖ, при отсутствии клинически выявляемых регионарных метастазов, показано проведение диссекции центральной клетчатки шеи.

ПЛАСТИКА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

С.А. Шинкарев

ГУЗ "Областной онкологический диспансер", г. Липецк

Реконструктивная хирургия – обязательная составляющая хирургического лечения опухолей головы и шеи, важный элемент послеоперационной реабилитации.

Материал и методы. С января 2003 по сентябрь 2005 г. выполнено 77 операций у 75 больных по поводу злокачественных опухолей головы и шеи с использованием различных лоскутов. Одномоментная пластика – у 38 пациентов, отсроченная – у 14, из них мужчин – 62, женщин – 13. Возраст больных колебался от 29 до 80 лет. Наибольшая возрастная группа (32 пациента) в интервале 50–59 лет. По нозологиям: рак нижней губы – 17, гортани – 16, слизистой дна полости рта – 5, гортаноглотки – 3, ротоглотки – 1, злокачественные опухоли кожи – 18, злокачественная аденокарцинома нижней челюсти – 1 больной. Дистанционные

выявлены в одном случае из 11, что составило 9 %.

Таким образом, на настоящем этапе проведенного исследования установлено следующее: при высокодифференцированном раке щитовидной железы, более чем в половине случаев, встречаются метастазы в лимфоузлах центральной клетчатки шеи; при папиллярном раке частота регионарного метастазирования составляет 72,4 %; у больных с высо-

лоскуты – 26 больных: грудной – 11, дельто-пекторальный – 8, трапециевидный – 7. Площадь дефекта – 12–225 см². Локальные лоскуты – 50 больных: скользящий – 11, перемещенный – 33, ротационный – 6. Площадь дефекта – 2–60 см².

Результаты. При дистанционных лоскутах: 1 полный некроз кожи (площадь дефекта 30 см²), частичный некроз кожи – 4 случая, 2 из них при площади 56 см². При локальных лоскутах: некроз кожи – 3 (площадь 60, 15 и 12 см²), после лучевой терапии.

Выводы. Планирование реконструкции должно осуществляться одновременно с выработкой плана лечения. Восстановительное лечение необходимо начать как можно раньше, по возможности одновременно с основным хирургическим этапом. При больших размерах дефекта и предшествующей лучевой терапии целесообразно использовать артериализированные лоскуты. Кожно-мышечный лоскут на боль-

СТРАТЕГИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЩЖ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Р.В. Шишков, В.Г. Поляков

НИИ ДОГ ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва

Кафедра детской онкологии РМАПО, г. Москва

шой грудной мышце и дельто-пекторальный лоскут являются надежным пластическим материалом для закрытия дефектов кожи и мягких тканей лица и шеи.

С 1971 по 2004 г. в исследование вошли 264 детей,

которым были проведены операции на ЩЖ и лимфатическом коллекторе шеи. Из 264 больных большинство – 218 (82,6 %) – составили дети с папиллярным раком щитовидной железы (ПРЩЖ), 31 (11,7 %) боль-

ной с фолликулярным РЩЖ и 15(5,7 %) – с медуллярным РЩЖ. Современная стратегия диагностики РЩЖ заключается в комплексном предоперационном обследовании (УЗИ с 3- или 4-мерной реконструкцией изображений + ТПАБ с последующим цитологическим исследованием; сканирование с последовательным применением ^{99m}Tc -пертехнетата и ^{99m}Tc -технетрила; рентгено- или КТ органов грудной клетки; ларингоскопия. Всем детям с установленным МРЩЖ, а также членам их семей проводят медико-генетическую консультацию).

Основные терапевтические подходы основываются на лечении в специализированных онкологических учреждениях, зависят от объема хирургического вмешательства, определяемого морфологическим строением опухоли и распространенностью опухолевого процесса: при ПРЩЖ – тиреоидэктомия (ТЭ), кроме стадии $\text{T}_1\text{N}_0\text{M}_0$, с одновременным радикаль-

ным вмешательством на лимфатическом коллекторе шеи, при ФРЩЖ допустима органосохраняющая операция при опухоли ограниченной тканью ЩЖ, во всех других случаях – ТЭ, при МРЩЖ – ТЭ с профилактической лимфодиссекцией регионарных л/у шеи. При выявлении мутации в гене-*RET* – профилактические операции на ЩЖ в объеме ТЭ. При дифференцированных РЩЖ сразу после оперативного лечения в объеме ТЭ проводится радиойодтерапия и супрессивная гормональная терапия, при МРЩЖ – заместительная гормональная и лучевая терапия (при выходе опухоли за пределы ЩЖ), пожизненное наблюдение онкологом и эндокринологом с мониторингом уровня ТГ для дифференцированного РЩЖ и кальцитонина для МРЩЖ.

Богатый опыт диагностики и лечения детей, больных раком щитовидной железы, в НИИ ДОГ позволяет считать, что комплексная диагностика и адекватно избранный объем первого хирургического вмеша-

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФОЛЛИКУЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ПО ДАННЫМ НИИ ДОГ ГУ РОНЦ ИМ. Н.Н. БЛОХИНА РАМН)

Р.В. Шишков, В.Г. Поляков

НИИ ДОГ ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Москва

Кафедра детской онкологии РМАПО, г. Москва

тельства могут увеличить безрецидивную выживаемость и улучшить качество жизни пациентов.

За период с 1975 по 2004 г. в НИИ ДОГ ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН был пролечен 31 больной с ФРЩЖ (по данным пересмотра гистологических препаратов в 2001–2003 гг.). Значительные изменения за этот временной период произошли в наших подходах к хирургическому лечению рака щитовидной железы (РЩЖ) у детей и подростков (от органосохраняющих операций при всех морфологических формах РЩЖ до более агрессивного подхода при папиллярном и особенно при медуллярном раке). Мы считаем, что принципиальное решение об объеме операции на щитовидной железе (ЩЖ) должно в первую очередь приниматься на основании морфологического строения опухоли, а также распространенности опухолевого процесса. Из 31 больных, по нашим наблюдениям, 21 – составили девочки и 10 – мальчики, половое соотношение 2:1 с преобладанием девочек. На момент установления диагноза и проведения хирургического лечения все дети были в возрасте от 5 до 15 лет, следует

отметить преобладание мальчиков в младших возрастных группах. При ретроспективном анализе нами было установлено, что только у одной больной при ФРЩЖ были выявлены метастазы в лимфатические узлы (л/у) шеи и легкие, а все ранее установленные случаи ФРЩЖ с метастазами в л/у шеи и легкие при пересмотре гистологических препаратов были отнесены к фолликулярному варианту папиллярного рака. Все больные ФРЩЖ были оперированы в объеме удаления доли вместе с перешейком ЩЖ или субтотальной резекции ЩЖ. Из всех случаев ФРЩЖ инвазивный вариант был выявлен у 8 (25,8 %), а неинвазивный – у 23 (74,2 %), при этом у 2 больных ФРЩЖ был с инсулярным компонентом. В процессе динамического наблюдения ни у одного ребенка с ФРЩЖ не был диагностирован рецидив заболевания.

Результаты. ФРЩЖ у детей обладает наименее агрессивным характером роста и поведения.

Выводы. Полученные результаты по лечению ФРЩЖ требуют дальнейшего исследования, но уже сейчас можно сказать о более “доброкачественном” характере роста данной опухоли ЩЖ в детском и подростковом возрасте